

# 注目！がん看護における最新エビデンス



**宮下光令** 教授  
 東北大学大学院 医学系研究科  
 保健学専攻 緩和ケア看護学分野

みやしたみつりのり：1994年3月東京大学医学部保健学科卒業、臨床を経験した後、東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻助手・講師を経て、2009年10月東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野教授。専門は緩和ケアの質の評価。

**杉沢真衣** 技術補佐員

今回は、2014年4月に国立がん研究センターから発表された日本人のがん患者の自殺と他の外因死についての論文を紹介します。ここで言う外因死とは、事故など病気以外の死亡のことで、外因死には自殺であるかどうか判断が難しいケースが多く含まれています。

この研究は多目的コホート研究（JPHC研究）と呼ばれ、1990年と1993年に全国10の保健所管内に居住していた40～69歳の10万人を2010年まで追跡しました。追跡期間中にがんの発症が確認された人の自殺は34人、その他の外因死は32人でした。がんを発症していない人の自殺は527人、その他の外因死は707人でした。

がんの発症がなかった人（がん患者ではない一般の人）を基準にして、がんの発症が

## 日本人のがん患者の診断後の自殺と他の外因死

Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis : the Japan Public Health Center-based Prospective Study. Yamauchi T, Inagaki M, Yonemoto N, Iwasaki M, Inoue M, Akechi T, Iso H, Tsugane S ; on behalf of the JPHC Study Group. Psychooncology. 2014 Apr 8. [Epub ahead of print]

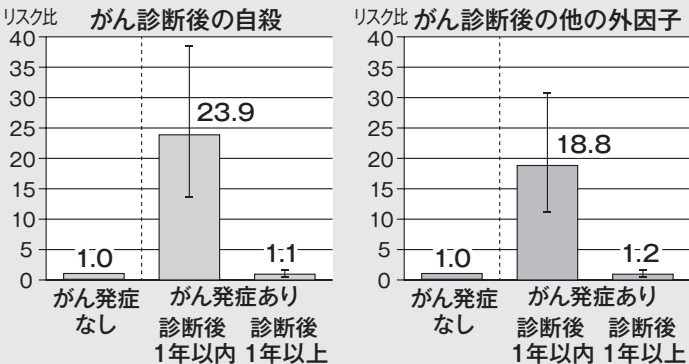
あった人の診断後1年以内、1年以上の自殺リスク、他の外因死のリスクを図に示します。自殺に関しては、がんの診断後1年以内の人のリスクは、がんの発症がなかった人に対して23.9倍という非常に高い割合でしたが、1年以上では1.1倍とがんの発症がなかった人とあまり変わりませんでした。他の外因死に関しても、がんの診断後1年以内の人のリスクは、がんの発症がなかった人に対して18.8倍でしたが、1年以上では1.2倍でした。

診断後期間以外の要因に関しても検討されましたが、自殺に関してはがんの発症がなかった人に比べて、がん患者では局所がんで1.5倍、転移を伴う場合が2.3倍、男性が1.7倍、女性が2.2倍、40～64歳で1.9倍、65歳以上で1.2倍と、診断後期間ほど大きなリスク要因

はありませんでした。他の外因死に関しても、がんの発症がなかった人に比べて局所がんで1.8倍、転移を伴う場合が1.8倍、男性が1.5倍、女性が2.8倍、40～64歳で2.0倍、65歳以上で0.9倍と、診断後期間ほど大きなリスク要因はありませんでした。

海外の先行研究の結果との比較を表に示します。海外での先

《図》がん診断からの期間別の自殺リスク



※がんの罹患なしを基準（1.0）とし、それぞれ、その何倍のリスクで自殺・他の外因死が起こったかを示す。

《表》 今回の研究と先行研究の比較

国名	観察期間	総自殺者数	1年以内の自殺リスク	全期間での自殺リスク	備考
本研究 (日本)	1990年～2010年	34人 (全期間) 13人 (1年間)	23.9倍	2.02倍 (*)	Yamauchi T. et al. Psycho-Oncol. 2014.
スウェーデン	1991年～2006年	260人 (1年間)	12.6倍 (1週以内) 3.1倍 (1年以内)	—	Fang F. et al. New Engl J Med. 2012.
イギリス	1996年～2005年	166人 (全期間)	男2.4倍 女1.4倍	男1.5倍 女1.2倍	Robinson D. et al. Br J Cancer. 2009.
デンマーク	1971年～1999年	1,241人 (全期間)	—	男1.7倍 女1.4倍	Yousaf U. et al. Br J Cancer. 2005.
ノルウェー	1960年～1999年	589人 (全期間)	—	男1.6倍 女1.4倍	Hem E. et al. J Clin Oncol. 2004.
日本	1978年～1994年	48人 (全期間)	—	男1.6倍 女2.1倍	Tanaka H. et al. Jpn J Cancer Res. 1999

(\*) 論文のデータを基に筆者が計算 (性年齢などで調整していない)

行研究でもがん診断後の自殺率は2倍程度になっており、スウェーデンの大規模コホート研究では診断後1年以内の自殺リスクは3倍程度となっていました。それらに比べて今回の日本のデータは、1年間の自殺リスクは非常に高かったですが、これは1年間の自殺数が13人と少なく、若干不安定な数値かもしれません。

しかし、この観察された自殺数の少なさを差し引いても、今回の結果や先行研究の結果を総合すると、診断後1年間の自殺リスクが非常に高いという結果はほぼ間違いないと思われる。がんの診断後1年以内はがんと診断されたショックや将来への悲観、治療のつらさ、それらに伴う仕事や家庭、収入などの生活が大きく変化します。がんや治療により身体や心理的な苦痛や機能低下もあり、抑うつも少なくありません。

日本のがん対策では「診断時からの緩和ケア」が重点的な目標に掲げられ、診断時の患者の気持ちのつらさの緩和も身体症状などと同様に重要な課題とされています。2014年4月からは、従来医師の同席が必要であった「がん患者カウンセリング料」が「がん患者

指導管理料」として看護師のみの面談で算定できることになり、算定制限回数も増加しました。また、拠点病院などに設置されている「がん相談支援センター」の積極的な活用や看護師からの紹介も重要と思われます。実際には自殺に至らないまでも、がんと診断された患者は自殺のリスクが非常に高く、診断時から看護師による苦痛のアセスメントと適切な支援が必要と思われます。

引用・参考文献

- 1) Tanaka H, Tsukuma H, Masaoka T, et al. Suicide risk among cancer patients : experience at one medical center in Japan, 1978-1994. Jpn. J. Cancer Res. Aug 1999 ; 90 (8) : 812-817.
- 2) Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg O. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. J. Clin. Oncol. Oct 15 2004 ; 22 (20) : 4209-4216.
- 3) Yousaf U, Christensen ML, Engholm G, Storm HH. Suicides among Danish cancer patients 1971-1999. Br. J. Cancer. Mar 28 2005 ; 92 (6) : 995-1000.
- 4) Robinson D, Renshaw C, Okello C, Moller H, Davies EA. Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005 : a population-based study. Br. J. Cancer. Jul 7 2009 ; 101 (1) : 198-201.
- 5) Fang F, Keating NL, Mucci LA, et al. Immediate risk of suicide and cardiovascular death after a prostate cancer diagnosis : cohort study in the United States. J. Natl. Cancer Inst. Mar 3 2010 ; 102 (5) : 307-314.
- 6) Fang F, Fall K, Mittleman MA, et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. N. Engl. J. Med. Apr 5 2012 ; 366 (14) : 1310-1318.